FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1912-1913 N° 1004

DES

FISTULES CONGÉNITALES

DE LA

LÈVRE INFÉRIEURE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Avril 1913.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

André-Léon-Émile RÉGNIER

Né à Doulaincourt (Haute-Marne), le 21 Août 1886.

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	MM. WEISS	professeur...		*Président.*
	ROHMER	professeur...		
	FRŒLICH	agrégé.....		*Juges.*
	SENCERT	agrégé.....		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1912-1913 N° 1004

DES

FISTULES CONGÉNITALES

DE LA

LÈVRE INFÉRIEURE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Avril 1913.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

André-Léon-Émile RÉGNIER

Né à Doulaincourt (Haute-Marne), le 21 Août 1886.

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEISS	professeur...	*Président.*
ROHMER	professeur...	
FROELICH	agrégé.....	*Juges.*
SENCERT	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O ✲, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, ✲, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✲, I ✪, NICOLAS, I ✪, PRENANT, ✲, I ✪, BERNHEIM, O ✲, I ✪.

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. GROSS, O ✲, I ✪.
Physique médicale	M. CHARPENTIER ✲, I ✪.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. WEISS ✲, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT ✲, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Physiologie	M. MEYER, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. PARISOT, ✲, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I ✪.
Histologie	M. BOUIN, I ✪.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, I ✪.
Anatomie pathologique	M. HOGUE, I ✪.
Pathologie gén. et Pathologie interne	M. ETIENNE, I ✪

Professeurs-adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1)	M. GUILLOZ, ✲, I ✪.
Pathologie externe	M. VAUTRIN, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, A ✪, agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, I ✪, agrégé libre.
Accouchements	M. SCHUHL, I ✪, agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1)	M. FRŒLICH, I ✪, agrégé libre.
Clinique de chirurgie infantile et d'oto-rhino-laryngologie (1)	M. JACQUES, I ✪, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires (1)	M. ANDRÉ, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ✪
Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale	M. ZILGIEN, I ✪, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✲, I ✪.
LAMBERT, I ✪.
RICHON, A ✪.
G. GROSS, I ✪.
FRUHINSHOLZ, I ✪.

MM. COLLIN, A ✪.
DUFOUR, I ✪.
SENGERT, A ✪.
ROBERT, A ✪.

MM. BUSQUET.
LUCIEN, A ✪.
BINET.
PERRIN, A ✪.

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, O ✲, I ✪, ZILGIEN, I ✪, FRŒLICH, I ✪, SCHUHL, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪, MICHEL, I ✪, L. SPILLMANN, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✲, Ⓜ, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

Professeur de Clinique médicale

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. SPILLMANN

Professeur de Clinique médicale

Associé national de l'Académie de médecine.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FRŒLICH

Chargé de la Clinique d'orthopédie et de Chirurgie infantile.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance et d'amour filial.

A MES PARENTS

A MES AMIS

Nous présentons l'hommage de notre respectueuse reconnaissance à tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy et particulièrement à Messieurs les Professeurs Spillmann, Weiss, Rohmer, Etienne, à Monsieur le Professeur agrégé André. Nous avons été leur externe, nous avons pu ainsi mieux apprécier leur bienveillance et plus utilement profiter de leur enseignement.

Nous sommes très sensible à l'honneur que nous fait Monsieur le Professeur Weiss en présidant notre thèse inaugurale. Enfin, du fond du cœur, nous remercions Monsieur le Professeur agrégé Frœlich qui nous donna le sujet de ce travail et qui nous a si aimablement aidé.

Nous assurons tous nos Camarades d'études, en particulier le Docteur Rauber, notre intime ami, du sincère regret que nous avons de les quitter et du bon souvenir que nous garderons des excellentes relations que nous avons eues avec eux.

INDICATION, HISTORIQUE ET DIVISION DU SUJET

Nous avons eu l'occasion d'observer une petite malade atteinte, en même temps que d'un bec-de-lièvre compliqué, de fistules congénitales de la lèvre inférieure.

Cette malade fut opérée, en 1912, par Monsieur le professeur Frœlich qui nous suggéra l'idée de réunir, dans un travail d'ensemble, tous les documents relatifs à cette malformation assez rare et d'en étudier la pathogénie, encore obscure.

C'est en 1845 que Demarquay, le premier, attira l'attention sur l'existence d'une double fistule congénitale de la lèvre inférieure chez certains enfants, atteints presque toujours d'un bec-de-lièvre compliqué.

En 1861, des observations nouvelles furent rapportées à la Société de Chirurgie de Paris par Richet, Béraud, Dépaul ; et, dans une lettre adressée à cette même Société, Le Fort rappela plusieurs cas observés en Angleterre, quelques années auparavant, par le Docteur Murray.

Depuis, d'autres furent observés par Rose en 1868, Trélat, Fritzsche, Lannelongue en 1879 qui, un peu plus tard, dans son livre sur les *Affections congénitales*, écrivit un chapitre concernant ces fistules, par Clutton, Madelung

qui, en 1888, fit le premier examen histologique de la lésion, Lane, Miller, Gorlav de Bucarest, le professeur Venot de Bordeaux, Woolcombe, le Docteur Stieda qui en fit une étude assez complète, S. Goldflam de Varsovie.

Enfin, tout dernièrement, le professeur Nancrède de l'Université de Michigan publia dans *Annals of Surgery*, deux nouvelles observations.

En somme, dans toute la littérature médicale, on ne retrouve que trente cas environ de fistules congénitales de la lèvre inférieure.

1° Dans un premier chapitre, nous résumerons toutes les observations qui ont été publiées.

2° Nous en tirerons une description d'ensemble de la lésion et en dégagerons les conditions étiologiques : *Etude anatomo-clinique.*

3° Dans un autre chapitre, après avoir rappelé sur le développement de la lèvre inférieure les recherches embryologiques modernes, nous discuterons les diverses théories émises pour expliquer la pathogénie de cette affection.

4° Nous indiquerons les divers modes de traitement,

5° Enfin nous ferons connaître nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

[Demarquay] (1).

Le 17 avril 1844, Alexis P..., fort et bien constitué, entrait à l'Hôtel-Dieu. Il était atteint d'un bec-de-lièvre double avec saillie de l'os intermaxillaire. Sur la lèvre inférieure, de chaque côté de la ligne médiane, il existait deux dépressions paraissant, au premier examen, déterminées par la pression des incisives. Ces dépressions étaient sans cesse baignées par un liquide incolore, transparent, filant comme la salive. Chacune d'elles possédait un petit pertuis où un stylet pénétrait facilement. Le stylet arrivait obliquement en bas à 1 centimètre 1/2 sous la muqueuse labiale, tout près du frein.

La mère, qui était née avec les mêmes difformités, avait vu son père, son grand'père, plusieurs de ses frères et sœurs et

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1845, n° 4, p. 52; 1868, p. 225. *Dictionnaire Jaccoud*, t. IV, p. 622.

quatre de ses sept enfants porteurs d'un bec-de-lièvre et d'un vice de conformation de la lèvre inférieure, en tous points semblable à celui que nous venons de décrire.

OBSERVATION II

[Richet] (1).

Une jeune fille de 8 ans, affectée d'un bec-de-lièvre double avec saillie de l'os intermaxillaire et fissure de la voûte palatine, portait sur la lèvre inférieure deux pertuis par lesquels s'écoulait du mucus transparent et visqueux, lorsqu'on pressait la lèvre de bas en haut.

Ces deux orifices, situés de chaque côté de la ligne médiane, pouvaient facilement admettre un gros stylet de trousse, lequel s'enfonçait dans un canal ou infundibulum aboutissant sur les côtés du frein de la lèvre inférieure.

J'appris de la mère qu'elle avait été atteinte de la même difformité que sa fille, c'est-à-dire d'un bec-de-lièvre double dont elle avait été opérée dans sa jeunesse et qu'elle était encore affectée actuellement de la même conformation de la lèvre inférieure. Elle m'apprit que sa mère à elle avait été opérée par Dupuytren d'un bec-de-lièvre double et qu'elle avait la même disposition de la lèvre inférieure. Chez ces deux femmes, la saillie avec renversement que formait la lèvre inférieure était vraiment repoussante, d'autant plus que par les deux pertuis signalés précédemment, il s'écoulait de temps à autre une gouttelette de mucus qu'elles étaient obligées d'essuyer assez fréquemment.

Voici maintenant ce que me démontra l'examen de la pièce anatomique : les deux canaux faisant suite aux deux orifices étaient situés dans l'épaisseur de la lèvre, mais cependant

(1) *Bull. de la Soc. chirurg. Paris*, 1861, p. 230. *Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 174.

beaucoup plus près de la face muqueuse que de la face cutanée ; ils étaient, vers le bord libre, séparés par un intervalle de 2 à 3 millimètres environ, mais au fur et à mesure qu'ils descendaient, ils se rapprochaient au point de n'être plus séparés à la partie inférieure que par un repli muqueux, mais nulle part ils ne communiquaient.

Ils se terminaient inférieurement par un cul-de-sac sans aucun pertuis ou orifice et, nulle part, on ne voyait soit à l'œil nu, soit à la loupe, sur la muqueuse lisse qui les tapissait dans toute leur étendue, le moindre orifice de follicules ou de canaux glandulaires.

OBSERVATION III

[Béraud] (1).

Il s'agit d'une fille de 6 ans, née de parents bien conformés qui présenta, en naissant, un bec-de-lièvre double et un pied bot varus équin très prononcé. Relativement à son vice de conformation de la lèvre inférieure, il est congénital et voici en quoi il consiste : sur le bord libre de cette lèvre, de chaque côté de la ligne médiane, on voit deux orifices de 2 millimètres environ de diamètre. Par ces orifices s'échappe un mucus filant et abondant. Avec un stylet, on parcourt toute la hauteur de la lèvre. On remarque cependant que l'un de ces canaux est plus profond que l'autre. La situation de ce canal double est plus rapprochée de la muqueuse que de la peau. Ils sont plus rapprochés par leur extrémité profonde que par leur extrémité libre ; il en résulte que la cloison de séparation est très mince en bas et plus épaisse en haut. Ces canaux sont très dilatables. Quand la jeune fille rit, les orifices se ferment ; quand elle fait la moue, ils deviennent très saillants.

(1) *Bull. Soc. Chirurg. Paris*, 1861, p. 232.

OBSERVATION IV

[Depaul] (1)

C... Léonie-Alexandrine, née le 24 mars dernier, est atteinte d'un bec-de-lièvre bilatéral avec saillie considérable des os intermaxillaires, sans solution de continuité de la voûte palatine, sans bifidité du voile du palais. La forme et le volume de la lèvre inférieure, considérée dans son ensemble, ne présentent rien d'anormal.

Vers la partie moyenne, de chaque côté de la ligne médiane, on voit deux petits disques circulaires d'une coloration plus foncée que celle de la muqueuse voisine. Leur surface est légèrement déprimée ; à leur centre se voit un petit tubercule ; ce tubercule dont la couleur est analogue à celle du disque est quelquefois très saillant ; d'autres fois, il semble rentrer sur lui-même, mais, quand on y regarde de plus près, on voit qu'il bouche alors une ouverture demi-circulaire qui, en arrière, circonscrit son pédicule. Un stylet, introduit dans cet orifice, permet d'évaluer à 6 à 8 millimètres la profondeur du cul-de-sac.

Un tissu contractile préside aux mouvements de ce petit tubercule, car parfois, on le voit rentrer brusquement dans sa cavité ; à ce moment, on s'aperçoit qu'un liquide analogue à de la salive est projeté à quelques millimètres.

Le 12 juin 1861, M. Depaul fait connaître le résultat que lui a donné la dissection de la pièce :

Les deux petits canaux sont placés sous la muqueuse derrière la couche musculeuse. Ils n'offrent rien de particulier à l'intérieur, mais, autour d'eux, on trouve des glandules

(1) *Bull. de la Soc. de chirurg. Paris*, 5 juin 1861, 2e série, t. II, p. 349, *Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 291.

qui sont situées entre eux et la peau : elles percent même à travers la couche musculaire. Ces glandules sont volumineuses et semblent se grouper autour de ces deux petits canaux ; elles viennent s'ouvrir dans leur intérieur.

OBSERVATION V

[Murray] (1).

Vice de conformation de la lèvre inférieure rencontré sur quatre membres de la même famille et non encore décrit.

En mai 1859, Murray fut appelé à voir un enfant atteint de bec-de-lièvre simple du côté gauche et âgé de 18 mois. L'enfant, opéré, guérit, mais ce qui frappa le chirurgien fut l'existence d'un singulier vice de conformation se rencontrant sur quatre membres de la famille.

Cette anomalie consiste dans l'existence de deux petites poches ou « saccules » sur la lèvre inférieure du père, de l'aîné, du troisième et du huitième enfant, âgés de 17 ans, 13 ans et le dernier de 18 mois. Le père est né avec un bec-de-lièvre opéré par Liston ; ses frères et sœurs ne présentaient pas d'affection analogue.

La fille âgée de 17 ans présente à la lèvre inférieure deux petites poches offrant l'aspect suivant : la lèvre inférieure est grosse et charnue ; à un quart de pouce environ du bord externe de la muqueuse labiale existent deux ouvertures en forme de croissant, toutes deux de forme semblable et placées symétriquement des deux côtés de la ligne médiane. Les extrémités des croissants sont dirigées en avant et un peu en dehors. Une sonde introduite dans une de ces ouvertures

(1) *British and foreign medico-chirurgical Review*, 1860, vol. 26, p. 502. Le Fort, *Bull. Soc. Chirurg. Paris*, 8 mai 1861, 2e série II, p. 280. Compte rendu détaillé dans les Rapports annuels de Gurlt, 1860-1861. *Archiv. Langenbeck*, t. II.

s'enfonce en bas à la profondeur d'un demi-pouce et se rapproche du côté buccal de la lèvre. Les deux conduits ne communiquent pas l'un avec l'autre ; ils sécrètent du mucus glaireux et leur présence n'amène aucun inconvénient.

Le père et les deux autres enfants présentent les mêmes altérations et les petits conduits ont les mêmes caractères.

Sauf la fille aînée, tous sont nés avec un bec-de-lièvre.

OBSERVATION VI

[Rose] (1).

Une fillette âgée de sept semaines avait une fissure du voile, une double fissure du palais et de la lèvre supérieure avec proéminence de l'intermaxillaire. Par la saillie de l'intermaxillaire, les deux moitiés de la lèvre étaient assez éloignées ; néanmoins, la bouche était souvent complètement fermée grâce à une étrange malformation de la lèvre inférieure : une véritable « trompe » qui s'adaptait exactement entre les deux moitiés de la lèvre supérieure. Quand la bouche était entr'ouverte, ce prolongement en forme de trompe était exactement dirigé en avant. On pouvait voir qu'il se composait de deux colonnes musculaires aplaties d'avant en arrière dont la largeur changeait avec les mouvements du visage et dépassait parfois le double de l'épaisseur.

Chaque colonne était tronquée à l'extrémité et couverte d'une muqueuse lisse. Du côté de la peau, les deux colonnes étaient séparées par une cavité peu profonde qui augmentait pendant certains mouvements du visage ; elles étaient sépa-

(1) Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Bd XXXII, 1868. Comptes rendus de la *Société d'obstétrique de Berlin*, 1868, fasc. 2, p. 99. Cité par Miller d'après l'*Encyclopédie des maladies des enfants de Keiting*.

rées de la muqueuse par une bande de peau extérieure qui les entourait complètement.

Un liquide clair et incolore perlait aux extrémités durant le sommeil de l'enfant et se renouvelait rapidement quand on l'essuyait. Une sonde fine pénétrait facilement à travers un orifice en forme de point et s'avançait d'au moins deux centimètres en divergeant vers l'extérieur. A aucun moment, les canaux ne paraissaient s'élargir ni se rapprocher de la muqueuse ou de la peau.

Pendant les mouvements du visage, les orifices se rétractaient en forme d'entonnoir si bien qu'on pouvait en conclure que les canaux étaient couverts de muscles en avant et en arrière.

OBSERVATION VII

[Trélat] (1).

Sur un vice de conformation très rare de la lèvre inférieure.

Marguerite L..., jeune fille de 17 ans, portait une série de lésions congénitales : Bec-de-lièvre double très compliqué de la lèvre supérieure avec absence de la voûte palatine et division du voile du palais. Ce bec-de-lièvre fut opéré et guérit à l'âge de trois semaines.

Du côté de la lèvre inférieure, on notait que celle-ci était divisée en deux parties par un pli longitudinal parallèle à ses bords. Aux extrémités de ce pli, deux culs-de-sac présentaient une certaine profondeur ; on aurait dit deux petites cavités creusées par les deux incisives supérieures ; cependant rien de semblable n'avait pu avoir lieu ; même la lèvre inférieure,

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1869, 11e série, t. XL, p. 442.

proéminente, recouvrait un peu la lèvre supérieure. Un stylet fin, glissé au fond de chacune des petites cavités montrait qu'elles se prolongeaient en cul-de-sac sous la muqueuse buccale. Leurs parois étaient humides ; il semblait même, à certains moments, qu'elles fussent pleines de salive.

Les parents, bien conformés, n'avaient pas eu d'autre enfant.

OBSERVATION VIII

[Fritzsche] (1).

Il s'agissait d'un enfant de cinq mois qui fut présenté portant une ouverture sur le bord de la lèvre inférieure. De celle-ci un sinus s'enfonçait en bas et en dedans dans l'épaisseur de la lèvre et de la joue et se terminait au-dessous de la muqueuse. Elle paraissait doublée par une muqueuse et, quand l'enfant criait, elle semblait s'ouvrir et rejeter du liquide à l'extérieur. On ne put trouver de communication avec la bouche.

OBSERVATION IX

[Lannelongue] (2).

Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans que j'ai opérée à la Charité en 1871. Elle était venue au monde avec un pied bot congénital et un bec-de-lièvre supérieur unilatéral gauche

(1) Cité par Miller dans l'*Encyclopédie des maladies des Enfants de Keiting*. Beitræge zur Statistik und Behandlung der angeborenen Missbildingen des Gesichtes. *Dissert.* Zurich, 1878.

(2) *Bull. Soc. Chirurg. Paris*, 1879, II, p. 624.

compliqué de division complète de la voûte palatine et du voile du palais. Elle avait été opérée du bec-de-lièvre et on n'avait pas touché à la voûte palatine. Elle portait en même temps depuis sa naissance, sur la lèvre inférieure, la défectuosité suivante : sur le bord libre de cette lèvre existait une cavité à grand axe dirigé dans le sens de ce bord libre. Elle avait 1 centimètre et demi de longueur et 1 centimètre de profondeur. La lèvre était en un mot bifide transversalement. Cette courbe a pour revêtement une muqueuse ; les deux parois sont constituées de la manière suivante : l'antérieure comprend les muscles de la lèvre ; toutes ces parties forment depuis la peau jusqu'à la muqueuse une couche épaisse ; la paroi postérieure ou buccale est constituée uniquement par la muqueuse, mais cette muqueuse comprend deux feuillets qui glissent l'un sur l'autre et qui ont l'un et l'autre les mêmes caractères.

Cette cavité est médiane et n'est humectée par aucun liquide. Elle donne à la bouche une apparence très disgracieuse. L'opération autoplastique que j'ai pratiquée a été la suivante : Dans un premier temps j'ai avivé le bord libre de la lèvre correspondant à la paroi antérieure de la cavité ainsi que la partie muqueuse de cette même paroi antérieure dans toute l'étendue de la cavité ; cet avivement a été superficiel. Dans un second temps j'ai dédoublé la muqueuse de la paroi postérieure de la cavité en partant du fond même de cette cavité ; j'ai obtenu ainsi un lambeau que j'ai rabattu sur le bord libre avivé de la lèvre et j'ai maintenu en place par quatre points de suture superficielle. Les deux parois de la cavité étaient ainsi rapprochées et adossées par des surfaces avivées. Leur réunion a été obtenue sans suppuration et le bord libre de la lèvre présentait, après une quinzaine de jours sa conformation normale.

Ce fait me paraît devoir être considéré comme un degré plus avancé des vices de conformation décrits par Béraud, Demarquay, Richet, Le Fort.

OBSERVATION X

[Clutton] (1).

Anomalie congénitale de la lèvre inférieure associée à une division du voile du palais (Résumé d'après le professeur Lannelongue).

Il s'agit d'une femme de 24 ans venue du comté de Cornouailles à Londres pour se faire opérer d'une division congénitale du voile du palais.

Cette femme offrait en outre, sur la lèvre inférieure une fistule congénitale. On voyait sur la face interne de cette lèvre, également sur la ligne médiane, un repli muqueux de forme triangulaire. A chaque extrémité de sa base, regardant en avant se trouvait une fossette qui semblait être l'orifice d'un conduit ou d'un sinus.

Mais un stylet ne pouvait être introduit au delà du fond visible de la dépression. Le sommet du triangle dirigé en arrière correspondait à la partie la plus proéminente du repli.

OBSERVATION XI

[Madelung] (2).

Une enfant de 24 semaines fut amenée à la Clinique le

(1) *Trans. of. the pathol. Society of London*, 1887, vol. XXXVIII, p. 446.
(2) *Archiv. f. Klin. Chirurg. Berlin*, 1888, XXXVII, pp. 271-275.

8 mai 1887. Les parents et les frères et sœurs n'avaient pas de malformations de la face. L'enfant, du reste normalement et vigoureusement développée, avait un bec-de-lièvre avec fissure palatine et saillie de l'intermaxillaire.

La lèvre inférieure, de forme normale, portait dans la partie muqueuse, deux petites nodosités de la grosseur d'une tête d'épingle ressemblant à des verrues. Celle de droite était un peu plus grosse que celle de gauche. Au sommet de chaque verrue, il existait une petite fossette d'où une petite quantité de mucus sortait, soit spontanément, soit par compression de la lèvre. Ces verrues saillaient ou rentraient suivant les mouvements de la musculature labiale. On ne put introduire la sonde.

L'enfant mourut quatre jours après l'opération du bec-de-lièvre ; la lèvre fut excisée et durcie à l'alcool pour examen histologique pratiqué par M. Albert Thierfelder. Des coupes en séries, exécutées en directions horizontale et sagittale permirent un examen exact.

Les canaux étaient très légèrement convergents ; le canal gauche se montrait un peu plus large mais un peu plus court que le droit. Ils étaient revêtus de muqueuse, différant de la muqueuse du rouge de la lèvre par un épithélium plus épais, des papilles plus grandes et plus aiguës, un peu obliques, en partie vers l'orifice, en partie vers le fond du canal. De nombreuses glandes muqueuses, situées dans les faisceaux de l'orbiculaire, s'ouvraient dans l'extrémité en cul-de-sac des canaux. La muqueuse du rouge de la lèvre passait sans transition à la muqueuse du canal fistulaire. Du côté buccal de la portion de papille intéressée par la coupe, il existait un faisceau musculaire complètement séparé des faisceaux de l'orbiculaire mais dirigé parallèlement à eux.

OBSERVATION XII

[Lane] (1).

Sur un cas de fistule double symétrique de la lèvre inférieure sécrétant du mucus.

Il s'agit d'un jeune garçon qui se présente à mon service avec un bec-de-lièvre unilatéral. Originairement cet enfant avait un bec-de-lièvre double qui fut opéré d'un côté seulement.

Son frère avait un bec de lièvre. L'enfant présenté portait de plus à la lèvre inférieure deux orifices tracés transversalement par rapport à la face antérieure de la lèvre et à égale distance du milieu de celle ci. Un stylet enfoncé pénétrait dans une cavité entourée d'une membrane muqueuse. Ces cavités étaient pleines d'un liquide ressemblant au produit muqueux de la bouche. Il était clair, visqueux, de réaction neutre, n'ayant pas d'action sur l'amidon. Il était sécrété en plus grande abondance quand l'enfant mangeait qu'à tout autre moment.

Cette difformité n'amenait aucun trouble et ne le gênait nullement.

(1) *Trans. clinic. Society London*, 1890.

OBSERVATION XIII

[Miller] (1).

Sur un cas de fistule double congénitale de la lèvre inférieure simulant un nez supplémentaire.

Une jeune fille de 17 ans présente des malformations du voile du palais et de la luette. Par ailleurs elle est de belle apparence et bien constituée. Quand la bouche est fermée, par une habitude qu'elle a prise de relever la lèvre inférieure avec les incisives supérieures, aucune déformation n'apparaît ; mais, quand les lèvres sont ouvertes, elle présente au niveau des incisives inférieures, deux narines comme si un nez par une opération plastique avait été placé sur la face interne de la lèvre inférieure.

Les conduits s'étendent dans l'épaisseur de la lèvre inférieure sur deux centimètres. Ils sont tapissés par une muqueuse mais l'un d'eux est terminé par deux culs-de-sac séparés et un raphé les sépare de la face interne de la lèvre.

OBSERVATION XIV

[Dr Hamilton], cité par S. Paget (2).

Un enfant atteint d'un bec-de-lièvre double et appartenant à une famille où on avait observé plusieurs cas de bec-de-lièvre, avait une malformation de la lèvre inférieure.

(1) *Medical Record*, New-York, 1896, vol. 49.

(2) Stephens Paget. — Malformations de la lèvre inférieure. *The Lancet*, 1892, vol. 1.

Cette lèvre, lâche et proéminente, portait deux petites papilles symétriques comme deux petits mamelons, situés dans le bord rouge. Ces papilles s'adaptaient exactement dans les fentes du bec-de-lièvre si bien qu'elles les remplissaient exactement quand la bouche était fermée.

OBSERVATION XV

[Gorlav] (1), cité par Le Dentu.

Enfant n'ayant pas de bec-de-lièvre concomitant mais une luette bifide.

Sur la lèvre inférieure : deux orifices correspondant à deux trajets en cul-de-sac de 1 centimètre 1/2 de longueur, d'où il s'échappe du mucus filant

OBSERVATION XVI

[Smith], cité par Trendelenburg (2).

Il s'agit d'une fistule d'un seul côté, tout près du rouge de la lèvre. Du côté extérieur de la moitié gauche de la lèvre inférieure, en-dessous du bord de la lèvre, existe une fente dirigée de dehors en dedans et de haut en bas, qui semble être entourée d'un sphincter particulier et d'un anneau de muqueuse. Cette fente est séparée du rouge de la lèvre par une bande de la peau extérieure. La fente conduit dans une

(1) Gorlav. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie de Bucarest*, 14 nov. 1901, p. 140.

(2) Trendelenburg. — Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Gesichtes Hælfte. *Deutsche Chirurgie Lieferung* 33, I, 1886.

poche submuqueuse. En dessous de la fente, on sent une proéminence arrondie, non osseuse dans la mâchoire inférieure.

OBSERVATION XVII

[Professeur Venot] (1)

Inès M..., âgée de 11 ans.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. La mère a eu deux enfants : le second enfant ne présente rien de particulier.

Antécédents personnels. — On n'a pu avoir aucun détail sur l'enfance de cette malade. La maladie qu'elle présente est congénitale.

État actuel. — Cette enfant est venue dans le service de M. le professeur Piéchaud portant un bec-de-lièvre bilatéral et compliqué. Cette double division est séparée par un pont médian de substance molle. De plus, il existe une fissure profonde occupant toute la longueur du voile du palais. Prononciation presque incompréhensible et voix nasonnée. Le bec-de-lièvre fut opéré peu après son entrée.

Ce qui rend cette petite malade surtout intéressante, c'est qu'elle présente sur le bord libre de la lèvre inférieure deux petites dépressions ovalaires symétriquement placées à quelques millimètres de la ligne médiane. Ces deux dépressions occupent la partie antérieure du rebord de la lèvre et celle-ci paraît épaissie et déjetée en avant. Elles sont à peine sensibles au toucher, mais leur coloration plus rosée que celle de la muqueuse environnante les fait vite remarquer.

(1) Dr Touchard. « Sur les fistules congénitales de la lèvre inférieure. » *Thèse Bordeaux*, 1904-1905.

A la partie interne de chaque dépression se voit un petit pertuis dont les bords sont presque accolés. Un stylet y pénètre facilement. La longueur de chaque conduit est sensiblement la même et peut être évaluée à 7 à 8 mm. La direction est nettement horizontale, parallèle au plan du bord libre de la lèvre, et le stylet, après avoir cheminé sous le bord supérieur, repousse la muqueuse labiale à la partie supérieure de la face interne de la lèvre. Il n'y a aucune communication avec la bouche. Il semble que le conduit, près de son extrémité interne, s'enfle et forme une petite cavité ampullaire. En temps normal, une petite quantité de liquide suinte par chacun des conduits. L'enfant n'en est nullement incommodée. L'action de manger n'augmente pas la sécrétion. Quand l'enfant fait la moue, sa lèvre inférieure ressemble à un groin de porc, car les dépressions regardent en avant, les conduits s'ouvrent et une petite partie de la muqueuse de ceux-ci vient faire hernie dans la dépression, surtout du côté gauche. Le liquide est limpide, visqueux, ressemblant à du mucus.

OBSERVATION XVIII

[Woolcombe] (1)

Appendices mandibulaires associés à un bec-de-lièvre double et fissure palatine.

Cas 1. — Le malade était un gros garçon de 3 mois dont le père était né avec un bec-de-lièvre et une fissure palatine.

(1) *The Lancet*, 1905, février 2, vol. 1, p. 357. Compte rendu dans *Central bl. für Chir.* 1905, n° 12.

Il était atteint d'une fissure complète du palais et du voile, et le bec-de-lièvre était du pire aspect que j'aie jamais vu à cause du fait que les fentes des deux côtés du prémaxillaire étaient très larges et que l'apophyse, portée en avant par le vomer, avançait d'environ 1 cm. 9 sur la lèvre supérieure.

Sur la lèvre inférieure, normale quant à son contour, à une distance de 1 centimètre de la ligne médiane, il y avait deux dépressions d'où s'avançait un appendice en forme de manchon, long d'environ 1 centimètre. Ces appendices étaient doués de mobilité et plusieurs fois par minute s'avançaient et se retiraient d'une façon très bizarre, comme des antennes. Les dépressions étaient toujours remplies de mucus.

Cas 2. — Le malade était un garçon de 4 mois. Aucun autre membre de la famille ne portait de difformité. La condition était exactement semblable à celle du premier cas, sauf que le creux et les tubérosités étaient beaucoup plus petits et qu'ils ne sécrétaient pas tant de mucus.

OBSERVATION XIX

[Dr Stieda] (1)

Le 21 octobre 1905, un enfant âgé de 8 jours est amené à la clinique pour y être opéré, les malformations dont il était porteur rendant l'alimentation difficile. Dans l'une et l'autre famille, n'avait jamais existé, à la connaissance des parents, aucune malformation congénitale.

L'enfant, autrement bien développé, est atteint d'un bec-de-lièvre unilatéral droit, avec fissure de l'alvéole, du palais, du

(1) Dr Stieda. Die angeborenen Fisteln der Unterlippe und ihre Entstehung. *Archiv. für Klin. Chirurg. Berlin* 1906, t. XXIX, p. 293-322.

voile et de la luette et saillie de l'intermaxillaire. Du côté gauche existe une fissure qui vient de l'arrière et s'arrête au milieu du palais.

Sur la lèvre inférieure, à droite, tout près de la ligne médiane, existe, à la limite de la muqueuse et de la peau, une petite éminence de 1 mm. 1/2 ayant même aspect que la muqueuse. Autour, existe une dépression de couleur rouge foncé large de 1 mm. 1/2. La ligne de démarcation de la muqueuse et de la peau forme ici une petite courbe vers le menton. Quand l'enfant crie, la petite tubérosité est tantôt attirée au-dessous du niveau du pourtour, tantôt elle s'avance en forme de trompe. Au repos, la lèvre avance un peu. Du côté buccal de la tubérosité, il y a généralement une petite goutte d'un liquide aqueux. A ce niveau, on peut facilement enfoncer dans un canal une soie ou une sonde fine jusqu'à environ 5 mm., et la pointe se marque nettement sous la muqueuse de la surface postérieure de la lèvre. Ce canal va en ligne droite d'avant en arrière et se termine en cul-de-sac. Par compression de la lèvre, on peut faire saillir encore plus la tubérosité et la prolonger d'environ 1 mm. 1/2. Le sillon annulaire qui l'entoure a une profondeur de 4,5 mm. sur la ligne médiane et de 1 à 2 mm. sur les côtés.

A la même distance de la ligne médiane, du côté gauche mais cette fois entièrement dans l'intérieur du rouge de la lèvre, existe un creux d'environ 1 millimètre et demi, où se montre dans l'endroit le plus profond une fente longue de 2 millimètres qui est continuellement humectée d'un liquide un peu plus abondant quand on comprime la lèvre. Avec une sonde fine, on arrive dans un canal d'environ 4 millimètres, qui se termine en cul-de-sac; mais on ne peut pas sentir aussi nettement qu'à droite la pointe de la sonde, qui se dirige d'avant en arrière, sous la muqueuse.

Les orifices se trouvent dans la partie de la lèvre qui est appelée « Pars glabra ».

OBSERVATION XX

[Goldflam] (1)

S. L..., âgé de 22 ans, entré à la clinique à cause d'une paralysie faciale gauche, est atteint de fistules de la lèvre inférieure. La malformation est congénitale et héréditaire. Le père du malade, un frère et une sœur (sur 6) présentent exactement la même anomalie. Ni les uns ni les autres ne sont atteints d'autre difformité.

La lèvre inférieure, éversée, épaissie au centre, de consistance normale, porte, symétriquement placées de part et d'autre de la ligne médiane, deux petites fosses sans cesse humectées par une goutte de liquide clair, visqueux, semblable au mucus, contenant quelques cellules épithéliales plates, mais aucune bactérie pathogène. Ces petites fosses se trouvent dans la partie antérieure du rouge de la lèvre et sont entièrement entourées en haut et en arrière d'une bordure en forme de faucille, due à une duplicature de la muqueuse, à convexité tournée vers la bouche.

Les gouttelettes de mucus cachent deux orifices obliques ovalaires se trouvant exactement à la limite de la Pars glabra et de la muqueuse. Une sonde peut être introduite à travers ces orifices et enfoncée d'environ 1 centimètre. Les deux canaux, parallèles, ont une direction sagittale; ils sont situés au-dessus de l'orbiculaire, séparés de la surface seulement par la muqueuse. Ils se terminent en culs-de-sac du côté de la muqueuse labiale, où leur correspondent deux petites proéminences hémisphériques. L'examen à la sonde ne causait ni douleur ni hémorragie.

(1) *Münchener med. Wochenschrift*, 8 janvier 1907, n° 2.

La distance des orifices à la peau de la lèvre est d'environ 8 millimètres et on compte 1 centimètre de la peau au sommet de la faucille. Les deux orifices de 3 à 4 millimètres de diamètre environ ne se trouvent pas dans le même plan horizontal, l'orifice droit étant de quelques millimètres plus élevé que le gauche et un peu plus grand. La distance des orifices à la ligne médiane est de 7 millimètres.

Outre ces deux fistules, on en peut remarquer sur la lèvre supérieure examinée de plus près, dans sa moitié gauche, deux autres plus petites. L'une est située à égale distance du premier orifice fistulaire gauche et de la commissure gauche et se présente sous la forme d'un creux peu profond, également entouré du côté buccal d'une duplicature de la muqueuse en forme de croissant. Le creux est humecté de mucus transparent. Sous cette duplicature existe une cavité transversale profonde de 2 millimètres.

La quatrième fistule, encore plus petite, est située exactement à la commissure.

OBSERVATION XXI

[Nancrède] (1)

Les deux cas concernent des membres de la même famille. On affirme que le père, un frère et une sœur ont présenté la même anomalie ; mais n'ayant pas eu l'occasion d'un examen personnel, je ne puis garantir l'exactitude de ces renseignements. La grand'mère maternelle de ces enfants avait un bec-de-lièvre avec fissure palatine ; la mère et une tante avaient une fissure palatine sans bec-de-lièvre.

Cas 1. — Garçon âgé de 3 ans, entré à la clinique chirurgicale de l'Université de Michigan avec un bec-de-lièvre et fissure complète du palais.

(1) *Annals of Surgery*, septembre 1912.

Cas 2. – Petite fille de 4 ans, montrant une fente unilatérale de la lèvre du côté droit, avec fissure complète du palais du même côté.

Chez les deux malades, la lèvre inférieure est légèrement sillonnée sur la ligne médiane, avec une dépression de chaque côté conduisant à un canal trop petit pour admettre une sonde ordinaire, mais admettant facilement une grosse soie. Ces canaux, comprimés, laissent échapper une petite quantité de mucus clair.

OBSERVATION XXII

(Observation personnelle inédite due à l'obligeance de M. le Professeur Frœlich.)

Bernadette M..., née en avril 1912, est amenée à la clinique chirurgicale infantile de l'hôpital de Nancy, le 18 mai, pour y être opérée d'un bec-de-lièvre rendant l'alimentation difficile.

L'enfant est venue à terme. Les parents sont bien conformés et bien portants. Au su de la mère, il n'a existé et n'existe dans la famille aucune malformation congénitale.

Le bec-de-lièvre est complet, bilatéral avec os incisif médian très proéminent. Les alvéoles seules sont fissurées, la fente maxillaire n'empiétant ni à droite, ni à gauche, sur la voûte palatine.

A la lèvre inférieure existe une double fistule congénitale. La lèvre est notablement élargie et éversée, mais de consistance normale. De chaque côté de la ligne médiane et distantes l'une de l'autre de 5 millimètres, il existe deux dépressions en demi-lune, à convexité dirigée en arrière et en dedans. Au centre de chaque dépression se voit une petite saillie, sorte de mamelon irrégulier au centre duquel s'ouvre une fistulette de très petit diamètre dont le cathétérisme est im-

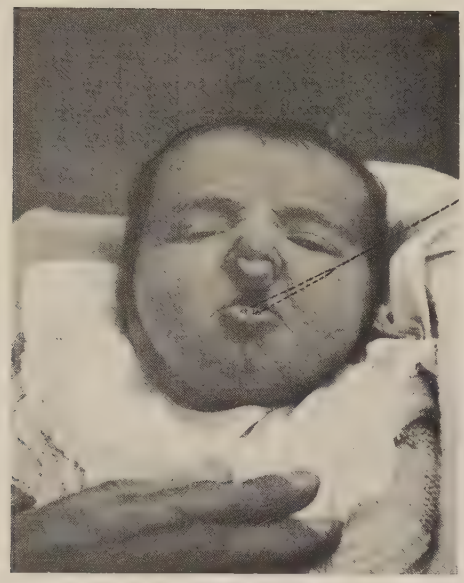
possible. La muqueuse tapissant la dépression est plus colorée que la muqueuse environnante ; en arrivant au niveau de la convexité de la demi-lune, elle se réfléchit sur elle-même formant un repli qui est justement la limite de la dépression et sous lequel existe une petite cavité peu haute mais large et profonde seulement de 3 à 4 millimètres.

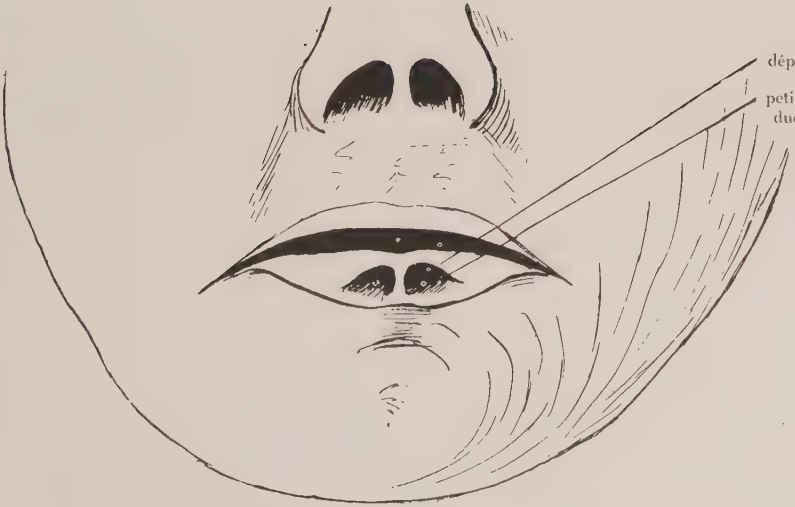
Des fistules s'écoule d'une façon continue, mais plus abondante quand l'enfant boit, un liquide clair, filant, visqueux au toucher.

Le 19 mai, l'enfant subit l'opération du bec-de-lièvre. Le cinquième jour, les fils sont enlevés et la réunion se fait par première intention. Le 11 juillet, l'enfant revient au service. Le bec-de-lièvre est guéri. La narine gauche est un peu obstruée par le bourgeon médian : on place un petit tube en caoutchouc pour la dilater.

Le 21 décembre 1912, les fistules de la lèvre inférieure sont enlevées après double incision triangulaire. La peau et la muqueuse furent toutes deux respectées. Les trajets furent totalement enlevés (ablation au ciseau), ainsi qu'une portion de tissu provenant du dédoublement de la lèvre. On sutura par deux fils de soie de chaque côté. Le résultat fut aussi satisfaisant que possible.

A l'examen histologique, les glandes se montrent des glandes en grappe à type muqueux. Les lobules sont formés par des acini assez volumineux. Entre les lobules se trouvent du tissu musculaire strié et un peu de tissu conjonctif. Il existe dans l'intérieur de chaque lobule, entre les acini, un peu de conjonctif à texture très fine. Dans les acini, il existe quelques cellules séreuses, mais surtout des cellules muqueuses. Les culs-de-sac sont formés par des cellules uniquement muqueuses à membrane basale bien marquée. Les canaux excréteurs, avec épithélium cylindrique normal à double couche, sont relativement volumineux par rapport à la petite quantité d'acini qu'ils desservent. Le revêtement épidermique est normal, mais avec un peu d'hypertrophie des papilles.


fistules


dépression
petit tubercule au centre
duquel s'ouvre la fistule

CHAPITRE II

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

Etiologie

Sexe. — Les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on puisse établir d'une façon certaine, l'influence du sexe, au point de vue de la production des fistules congénitales de la lèvre inférieure. Cependant sur 24 cas où le sexe est indiqué, 16 concernent des filles et seulement 8 des garçons.

Hérédité. — L'influence de l'hérédité ainsi que les rapports étroits qui lient la malformation que nous étudions avec le bec-de-lièvre de la lèvre supérieure se montrent d'une façon très nette dans les cas observés par Richet et Demarquay, Murray, Goldflam et Nancrède. Si les observations de Demarquay et Richet publiées en 1845 et 1861 ne concordent pas absolument, bien que concernant une seule et même famille, il faut rappeler que lors d'une séance de la Société de Chirurgie de Paris, quelques années plus tard, en 1868, Demarquay revint sur l'histoire

de cette famille et déclara avoir compté en suivant les lignes ascendante et collatérale, onze personnes nées avec un bec-de-lièvre ou un vice de conformation de la lèvre inférieure.

	Suivant Demarquay.	Suivant Richet.
	Grand-père, Bec-de-lièvre.	
	Père, Bec-de-lièvre.	**Mère,** Bec-de-lièvre et fistule de la lèvre.
Plusieurs frères et sœurs ayant un bec-de-lièvre.	Fille, Bec-de-lièvre et fistule de la lèvre inférieure.	**Fille,** Bec-de-lièvre et fistule de la lèvre inférieure.
	6 enfants dont 4 atteints de bec-de-lièvre. + **Petit garçon** Bec-de-lièvre et fistule de la lèvre.	**Petite fille,** Bec-de-lièvre et fistule.

Les cas observés par Murray ne sont pas moins typiques.

Grand'mère, palais haut et étroit.
Le **père**, opéré par Liston qui avait un bec-de-lièvre et des fistules de la lèvre inf. eut 8 enfants.

1er	enfant,	fille	Fistules de la lèvre.
2e	»		bec-de-lièvre.
3e	»	fille	bec-de-lièvre + Fistules de la lèvre.
4e	»		bec-de-lièvre.
5e	»	fille	bec-de-lièvre + palais haut et étroit.
6e	»		bec-de-lièvre.
7e	»	garçon	bec-de-lièvre + doigts à palmature.
8e	enfant,	garçon,	bec-de-lièvre simple gauche + Fistules de la lèvre.

Le jeune homme dont Goldflam raconte l'histoire et qui avait une fistule double de la lèvre, avait vu son père et deux de ses frères et sœurs atteints de la même anomalie.

Les deux observations de Nancrède concernent deux enfants de la même famille, tous deux atteints, outre leurs fistules, d'un bec-de-lièvre avec fissure palatine. Leur père et deux de leurs frères et sœurs avaient présenté les

mêmes malformations ; leur grand'mère avait eu un bec-de-lièvre avec fissure palatine et une de leurs tantes, une fissure palatine.

Association d'autres difformités. — Dans tous les cas observés, sauf un de Murray concernant une jeune fille de 17 ans et celui publié par Goldflam, les fistules s'accompagnaient d'autres difformités. Tous les petits malades étaient atteints d'un bec-de-lièvre, soit simple, soit, beaucoup plus souvent, double avec saillie de l'intermaxillaire et fissure palatine. Cependant, Clutton en 1887, Miller en 1896 et Gorlav en 1901 ont observé seulement des malformations du voile du palais et de la luette.

Les cas de Béraud, de Trélat et de Lannelongue montraient en outre un pied bot congénital. L'observation de Trélat est, à cet égard, très curieuse ; la malade portait toute une série de lésions congénitales.

1° Pied bot varus équin et palmature des quatre derniers orteils du côté droit.

2° Trace de division de la phalange unguéale du gros orteil gauche.

3° Cicatrice très étendue du membre inférieur droit provenant d'une palmature congénitale qui maintenait la jambe fléchie sur la cuisse.

4° Bec-de-lièvre double avec absence de la voûte palatine et du voile du palais.

5° Lèvre inférieure divisée en deux par un pli longitudinal parallèle à ses bords. Aux deux extrémités du pli, il existait deux culs-de-sac où s'ouvraient deux pertuis fistuleux.

Description

Lèvre. — La lèvre qui porte les fistules est, en général, épaissie et éversée. La partie moyenne est souvent plus élevée que normalement comme Demarquay et Lannelongue l'ont noté. Certains auteurs ont même vu dans ce fait une preuve de l'existence d'un intermaxillaire inférieur.

Parfois, comme dans le cas de Miller, la lèvre et ses fistules simulent un nez supplémentaire. Le malade de Rose avait une lèvre inférieure simulant une trompe qui s'adaptait exactement entre les deux moitiés de la lèvre supérieure.

Orifices. — La fistule de la lèvre peut être simple (cas de Lannelongue, de Fritzsche et de Smith) mais, en général, elle est double. Les pertuis fistuleux sont situés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane et en sont distants de quelques millimètres (2 à 5 mm.). Ils sont plus rapprochés de la muqueuse que de la peau. Ces orifices sont, en général, assez gros et assez dilatables pour admettre une sonde très fine, un stylet ou une soie.

La zone voisine est, le plus souvent, déprimée et d'une coloration plus foncée que le reste de la muqueuse. Cependant elle est quelquefois surélevée : outre le cas de Rose, ci-dessus rappelé, Paget cite une observation du Dr Hamilton qui vit un enfant portant sur sa lèvre inférieure lâche et proéminente, deux petites papilles symétriques qui s'adaptaient exactement dans les fentes d'un bec-de-lièvre supérieur. Ces papilles sont assez semblables aux *appen-*

dices mandibulaires décrits par Woolcombe, petits mamelons doués de mobilité longs d'environ 1 centimètre et situés au milieu de dépressions toujours remplies de mucus. Ces appendices étaient surtout constitués par des glandes muqueuses s'ouvrant presque toutes au sommet.

Du reste, le pourtour immédiat de l'orifice forme, en général, un petit mamelon qui diminue ou grandit suivant les mouvements de la lèvre. Ces alternatives de retrait et de saillie semblent dues à l'action de l'orbiculaire et, peut-être aussi, d'un petit faisceau musculaire, parallèle à l'orbiculaire mais complètement indépendant de ce muscle observé par Madelung à la partie interne de l'orifice sur une coupe sagittale. Même, d'après Fritzsche, la moitié supérieure des trajets fistuleux serait entourée de faisceaux musculaires.

Trajets fistuleux. — Quand on peut introduire, ce qui est le cas habituel, un stylet dans chaque orifice, encore que dans notre observation personnelle le cathétérisme ait été impossible, on apprécie facilement la longueur et la direction des canaux. Leur longueur varie de 1 à 2 centimètres. Leur diamètre est variable d'autant qu'il est extrêmement dilatable. Ils sont toujours indépendants l'un de l'autre, bien que parfois ils ne soient séparés que par une fort mince cloison. Leur direction a lieu en arrière et en bas et un peu en dedans si bien qu'ils convergent l'un vers l'autre. Dans un cas seulement, celui de Rose, ils étaient divergents. Le docteur Touchard les a vus à direction nettement horizontale, parallèle au bord libre de la lèvre.

Ils longent la muqueuse buccale sans jamais communiquer avec la bouche. Une seule fois, ils pénétraient à tra-

vers les fibres de l'orbiculaire. Ils se terminent en cul-de-sac un peu élargi, plus ou moins près du frein de la lèvre inférieure.

Dans les observations de Clutton et de Trélat, il s'agissait plutôt de dépressions larges que de vrais trajets fistuleux. Quant à la lésion décrite par Lannelongue en 1879 où il n'existait qu'une seule fente transversale médiane, tapissée de muqueuse mais avec absence de sécrétion, elle semble, comme le cas de Smith cité par Trendelenburg (1), se rapprocher plus des cas de double lèvre [Israël (2)] que des fistules congénitales.

Structure histologique. — Jusqu'en 1888, on s'était contenté de l'inspection extérieure de la malformation et de l'examen à la sonde. Seuls Richet et Depaul avaient pu faire des préparations d'anatomie macroscopique et se servir de la loupe. En 1888, Madelung, ayant observé un enfant qui mourut quelques jours après l'opération de son bec-de-lièvre, put obtenir la lèvre inférieure entière. Elle fut durcie dans l'alcool et des coupes en série exécutées en direction horizontale et sagittale par M. Albert Thierfelder permirent un examen microscopique exact : les canaux sont très légèrement convergents ; le canal gauche se montre un peu plus large, mais un peu plus court que le droit. Ils sont revêtus de muqueuse différant de la muqueuse du rouge de la lèvre par un épithélium plus épais, des papilles plus grandes et plus aiguës, un peu

(1) Trendelenburg. — Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Gesichtes. *Deutsche Chirurgie.* 1 Hælfte. Lieferung 33, 1, 1886.

(2) Israel. — Ein Fall von Verdoppelung der linken Unterkieferhælfte. *Diss. Berlin*, 1887.

obliques en partie vers l'orifice, en partie vers le fond du canal.

De nombreuses glandes muqueuses, situées dans les faisceaux de l'orbiculaire (ce qui explique l'augmentation de sécrétion accompagnant les mouvements de la lèvre), s'ouvrent dans l'extrémité en cul-de-sac des canaux La muqueuse du rouge de la lèvre passe sans transition à la muqueuse du canal fistulaire au niveau de l'orifice (alors que Rose a vu, interposée, une bande de peau extérieure). Du côté buccal de la portion de papille intéressée par la coupe, il existe un faisceau musculaire complètement séparé des faisceaux de l'orbiculaire, mais dirigé parallèlement à eux.

En 1906, Stieda refit un examen microscopique détaillé après avoir effectué des coupes en séries dans le sens sagittal. Il décrit très longuement la coupe passant par la pointe de la tubérosité et résume ainsi le résultat de son examen : « L'orifice et la partie antérieure du canal de la fistule droite est de même nature que la Pars glabra (1), tandis que la partie postérieure possède les caractères de la muqueuse buccale. Par conséquent les glandes manquent dans la partie antérieure, tandis que des petites glandes muqueuses s'ouvrent dans l'autre partie. »

Dans l'observation de M. le professeur Frœlich, ce sont surtout les glandes labiales qui furent examinées. On

(1) Sur chaque lèvre, il faut distinguer trois zones : 1° la peau : *Pars cutanea* avec de petits poils, des glandes sébacées et sudoripares ; 2° la partie intermédiaire : *Pars glabra*, qui est dépourvue de poils et de glandes, la couche d'épithélium est épaisse et transparente ; 3° la *Pars mucosa* contient de nombreuses glandes muqueuses. Le bord rouge des lèvres *Ruber labiorum* se compose de la Pars glabra et de la partie voisine de la muqueuse. (*Anatomie de Rauber*, 1897.)

trouve dans les acini quelques cellules séreuses et de nombreuses cellules muqueuses. Les canaux d'excrétion paraissent un peu dilatés, car ils sont relativement volumineux par rapport à la petite quantité d'acini qu'ils desservent. Les amas glandulaires sont séparés l'un de l'autre par du tissu conjonctif et des faisceaux musculaires.

Le revêtement épidermique est normal, mais avec un peu d'hypertrophie des papilles.

Sécrétion. — Par les fistules, il sort un liquide muqueux filant, limpide. Il est d'abondance variable ; en général, quelques gouttes seulement sont sécrétées qui se reproduisent dès qu'on les enlève. Les mouvements de la lèvre, l'action de manger augmentent la sécrétion. Beaucoup d'auteurs la décrivent comme très semblable à la salive. Cependant, Lane a vu qu'elle était de réaction neutre et n'avait pas d'action sur l'amidon. Goldflam l'examina au microscope et ne vit, nageant dans un liquide clair, que quelques cellules épithéliales plates et aucune bactérie pathogène.

CHAPITRE III

EMBRYOLOGIE. — PATHOGÉNIE

On a longtemps cherché quand et comment se développait la lèvre inférieure ; aussi ne pouvait-on établir d'une façon précise la pathogénie des fistules congénitales de cette lèvre.

Nous allons rappeler succinctement la formation chez l'embryon humain de la mâchoire et de la lèvre inférieures. Nous ferons ensuite l'examen critique des nombreuses hypothèses pathogéniques émises par les divers auteurs, afin de pouvoir choisir celle qui s'accorde le mieux avec la constitution histologique, maintenant bien connue, de la lésion et avec les données embryologiques.

Chez les très jeunes embryons de mammifères, on voit successivement se produire de chaque côté de la région cervicale quatre sillons superficiels transversaux auxquels correspondent a la face interne du pharynx quatre sillons profonds. Les sillons superficiels sont séparés des profonds par une mince membrane d'occlusion au niveau de laquelle le mésoderme se résorbe peu à peu. On observe deux

fentes sur l'embryon de 2 à 3 millimètres, trois fentes sur celui de 3 à 4 m/m 5. Ces formations sont appelées « fentes branchiales ». Les bandes de tégument interposées à ces fentes s'épaississent et forment les « arcs viscéraux », « pharyngiens » ou « branchiaux ».

Le premier arc est appelé « arc mandibulaire » et c'est à ses dépens que se constitueront la mâchoire et la lèvre inférieures. Donc, si nous exceptons la charpente osseuse qui se forme dans l'intérieur de l'arc aux dépens de deux ébauches cartilagineuses qui apparaissent au deuxième mois : les « Cartilages de Meckel » et ne se soudent qu'après la naissance, la mâchoire et la lèvre inférieures dérivent d'une formation impaire, continue sur la ligne médiane.

Vers le milieu du deuxième mois, l'épithélium qui recouvre le bord libre de l'arc mandibulaire s'épaissit et forme une sorte de bourrelet saillant (« rempart maxillaire » de Kœlliker). Le bord interne de ce bourrelet s'enfonce dans l'épaisseur de l'arc formant le « mur plongeant » (Pouchet et Chabry, 1884). Le bord libre des lèvres se renfle progressivement et vient faire saillie au-dessus du mur plongeant, tandis que les éléments centraux de ce dernier se désagrègent dans le cours du quatrième mois pour donner naissance au sillon gingivo-labial.

De très bonne heure, alors que l'embryon humain ne possédait encore que deux fentes branchiales et mesurait de 2 à 3 millimètres, du bord supérieur de l'arc mandibulaire à droite et à gauche, sont nés les bourgeons maxillaires supérieurs qui se sont avancés vers la ligne médiane où ils ont rencontré le bourgeon frontal venu d'en

haut et avec lequel, si tout s'est passé normalement, ils se sont soudés.

L'ouverture de la bouche affecte alors une forme pentagonale et se trouve limitée : en bas, par le bord supérieur du premier arc sillonné au milieu ; sur les côtés, par le bord inférieur des bourgeons maxillaires supérieurs ; en haut, par le bourgeon frontal. Des sillons forment les angles limitant les cinq côtés : en bas, le sillon médian du premier arc, latéralement, les sillons qui donneront les commissures labiales. Les deux sillons supérieurs disparaîtront par suite de la soudure, parfaite à ce niveau, des bourgeons maxillaires supérieurs et du bourgeon frontal.

Mais, sur le bord supérieur du premier arc, en plus du sillon médian, il existe deux sillons latéraux. Le docteur Stieda qui établit ce fait s'en rapporte aux illustrations de Rabl (1) [Embryon de lapin, pl. 3], de His (2) [Embryon humain, planche XIV, fig. 6], de Schultze (3) [Embryon de chien, fig. 79 ; embryon de porc, fig. 81]. Déjà Dursy (4) avait parlé de quatre collines sur le bord supérieur du premier arc, et Rose, un an auparavant, avait mentionné qu'on voyait ce qu'il prenait pour les deux moitiés de l'intermaxillaire inférieur nettement séparées des parties latérales par des sillons sur un embryon de porc de quelques millimètres décrit par Reichert dans son ouvrage sur les arcs viscéraux et sur un embryon de 25 jours décrit par Coste.

(1) Rabl : Die Entwicklung des Gesichtes. — 1 Helft. Leipzig 1902.

(2) His : Atlas zur Anatomie Menschlicher Embryonen. Leipzig 1880-1885.

(3) Oskar Schultze : Grundriss der Entwicklungsgeschichte des Menschen und der Sæugethiere. Leipzig 1897.

(4) Dursy : Zur Entwicklungsgeschichte des Kopfes des Menschen... Tübingen 1869.

On retrouve ces sillons, très visibles, sur un grand nombre d'illustrations d'ouvrages modernes. [Le Dentu et Delbet. *Nouveau traité de chirurgie*, tome XV, page 40. Bouche d'un embryon de 40 jours.]

Dans les derniers mois de la gestation, la transition entre la peau et la muqueuse sur le bord de la lèvre inférieure, se fait par l'intermédiaire d'une zone cutanée lisse sans poils ni glandes : Pars glabra, que prolonge en dedans une zone villeuse remarquable par l'épaisseur de l'épithélium et par la hauteur des papilles. (Pars villosa de Luschka.)

Chez l'adulte, cette zone villeuse se confond avec la Pars glabra, mais l'épithélium demeure plus épais et les papilles plus longues.

1° Hypothèse de Demarquay, Depaul et Murray.

Ces auteurs font dériver les fistules des glandes salivaires labiales. Pour Demarquay, « les deux cavités semblent formées par un repli, un renforcement de la muqueuse ; en un mot, ce sont des follicules hypertrophiés ». Pour Murray, il s'agirait d'une maladie intra-utérine des glandes labiales. Quant à Depaul, il se borna à noter que des glandes muqueuses très nombreuses et volumineuses semblaient se grouper autour des trajets fistuleux où elles s'ouvraient et, anomalie singulière, que certaines de ces glandes étaient situées entre la peau et la musculeuse. Béraud lui fit remarquer que cette disposition se trouvait assez souvent à l'état normal.

L'origine glandulaire des fistules de la lèvre ne peut se

soutenir. Les glandes en grappe désignées sous le nom de « glandes labiales » sont tellement nombreuses qu'elles forment une nappe à peu près continue en arrière du muscle orbiculaire. Si les fistules dérivaient de ces glandes, comment expliquer leur siège constant, voisin de la ligne médiane, et leur symétrie ?

2° Hypothèse de Trélat et Richet.

Richet rejette la théorie glandulaire, « n'ayant vu soit à l'œil nu, soit à la loupe, sur la muqueuse très lisse qui tapissait les fistules, le moindre orifice de follicules ou de canaux glandulaires ». Il ne cherche pas à expliquer la malformation et se borne à deux réflexions : « 1° Il est bien difficile de ne pas admettre que cette fistule soit due à un arrêt de développement, c'est-à-dire à la persistance d'un état transitoire de l'embryon ; 2° Cette conformation n'est peut-être pas sans quelque rapport avec le bec-de-lièvre de la lèvre inférieure encore si mal connu et si peu étudié ! »

Trélat admet que la fistule ne peut résulter que d'une soudure incomplète des deux parties latérales de l'arc branchial sur la ligne médiane.

Nous avons vu que la lèvre inférieure dérivait d'un arc branchial parfaitement continu. Il ne peut donc être question d'une soudure incomplète. Le bec-de-lièvre inférieur, qui est toujours médian, peut s'expliquer par ce fait que la partie moyenne se développe beaucoup plus tard que les parties latérales. Du reste, si les fistules de la lèvre traduisaient la persistance partielle d'une fissure médiane, on

comprendrait difficilement la duplicité constante de ces fistules et dans un sens justement perpendiculaire à cette fissure.

3° Hypothèse de Rose et Fritzsche, Madelung, Lannelongue et Ménard.

« Cette malformation, dit Rose, suggère immédiatement l'idée que la mâchoire inférieure, comme la mâchoire supérieure, se forme de deux apophyses latérales et de deux intermaxillaires. »

Et, pour appuyer sa théorie, l'auteur fait remarquer que la partie médiane de la mâchoire inférieure avec ses incisives offre des conditions de croissance tout à fait différentes de celles des parties latérales, et cela indiquerait déjà une origine différente. De plus, Rose rappelle les embryons décrits par Reichert et par Coste, où l'on voit distinctement sur la mâchoire inférieure quatre collines, les deux collines internes correspondant aux deux intermaxillaires.

Fritzsche, élève de Rose, pense, lui aussi, que la double fistule labiale résulte de la double soudure incomplète des parties latérales du premier arc avec la pièce médiane décrite par Mœckel, Sœmmering, Ruysch, Reichert, Leuckart, Dursy, qui l'appelle « pièce mentonnière ».

Madelung, après avoir montré que la constitution histologique des fistules, étudiée par lui, ne peut s'accorder avec l'hypothèse glandulaire de Murray, écrit que le résultat de son examen n'est, en aucune façon, en contradiction avec la théorie de Rose.

Lannelongue et Ménard, eux aussi, dans leur traité des « Affections congénitales », se rangent à cette théorie et citent, à l'appui, les deux observations de Clutton et de Trélat, où les deux orifices étaient situés aux deux extrémités d'un sillon paraissant délimiter un lobe labial médian au devant de la symphyse du maxillaire.

Mais on ne peut pas comparer les fistules de la lèvre inférieure avec les fissures de la lèvre supérieure. Le bec-de-lièvre, en effet, résulte de la non soudure de bourgeons tout à fait distincts et qui, normalement, ne se réunissent que tardivement. Nous avons vu que les choses se passent très différemment dans le développement de la mâchoire inférieure. L'os maxillaire se développe, il est vrai, aux dépens de deux ébauches cartilagineuses contenues dans le premier arc Les points d'ossification très nombreux [Rambaud et Renaud], sont disposés en deux séries de chaque côté de la ligne médiane ; la symphyse mentonnière reste cartilagineuse pendant toute la durée de la vie embryonnaire ; les deux ébauches ne se soudent que quelque temps après la naissance. Au niveau de cette symphyse, Mœckel, Sœmmering, Reichert, Chassaignac ont signalé l'existence de petits os, mais ces petits osselets, les « ossicula mentalia », que Mies (1) a trouvés 15 fois sur 26 crânes de fœtus ou d'enfants, ne sont en réalité que des petits os surnuméraires, de véritables os wormiens et n'ont en aucune façon la valeur d'un intermaxillaire inférieur. Au reste, les parties molles de la mâchoire inférieure, donc la lèvre, se développent, nous l'avons vu, aux dépens d'une ébauche unique.

(1) Mies : Ueber die Knœchelchen in der symphyse des Unterkiefers von Neugeborenen Menschen. *Anat. Anzeiger*, 1893.

4° Théorie kystique du Docteur Touchard.

Rien, dit le Docteur Touchard, dans l'étude du développement du menton ou celui de la lèvre, bien étudié par Otto Neustatter dans sa thèse de 1894, ne permet de justifier la théorie qui voudrait faire dériver la double fistule d'un défaut d'occlusion d'une fente branchiale. Il faut donc la considérer comme développée au niveau de cet épithélium et dérivée de cet épithélium. L'auteur conclut, par analogie avec certaines autres fistules préauriculaires et sus-hyoïdiennes, que les fistules labiales dérivent de kystes développés aux dépens des glandes et secondairement ouverts après avoir été oblitérés pendant une partie ou la totalité de la vie intra-utérine. Le docteur Touchard semble avoir ignoré que déjà Rose dans sa publication avait esquissé cette hypothèse. Rose rappelle que Birkett a décrit des kystes labiaux correspondant aux glandes labiales; ces kystes se trouvent tout près du bord, près de la ligne médiane.

Cette théorie n'est en somme qu'une forme de la théorie glandulaire déjà discutée. Les mêmes objections y peuvent être faites : si ces fistules dérivent des glandes labiales, comment expliquer leur siège constant et leur symétrie. Parmi les nombreuses glandules de la lèvre, pourquoi seraient-ce toujours les mêmes qui deviendraient kystiques ?

5° Théorie mécanique de Paget et Woolcombe.

Paget rapporte une observation publiée par le docteur Hamilton où l'on voyait sur la lèvre inférieure deux papilles

symétriques s'adaptant exactement dans les fentes du bec-de-lièvre situées au-dessus d'elles. L'auteur rapprophe ces cas des fistules labiales décrites avant lui, disant que si l'on suppose ces papilles se rétractant, on aura un autre stade de la même malformation, par exemple les petits mamelons décrits par Madelung. Si ces papilles sont rétractées encore davantage, elles disparaissent tout à fait en laissant deux sinus ou dépressions. Paget conclut en disant : « l'explication de cette difformité se trouve simplement dans sa constante association avec le bec-de-lièvre. Si les lèvres du fœtus sont fermées pendant que ses courbes sont en formation, toute fente dans la lèvre supérieure laisse de la place pour une croissance correspondante de la lèvre inférieure. Dans le cas du docteur Hamilton, ces excroissances sont restées inaltérées à la naissance ; dans les cas de Depaul, Madelung..., elles furent rétractées ; dans d'autres cas elles furent complètement rétractées, laissant derrière elles, la muqueuse invaginée. Woolcombe se rallie à cette théorie. Cependant si elle peut s'accorder avec les faits observés par Hamilton et Woolcombe, elle ne peut s'appliquer à tous les cas de fistules labiales. Nous avons vu en effet qu'il peut exister une fistule double avec un bec-de-lièvre unilatéral (4e observation de Murray, observation de Stieda...) et même sans bec-de-lièvre (2e cas de Murray. Cas de Clutton, Miller, Gorlav, Goldflam).

6° Théorie des Sillons de Stieda, Goldflam, Nancrède.

Stieda rappelle que, d'après les descriptions de Dursy, les illustrations de Rabl, His, Schultze, il existe à un cer-

tain moment du développement, sur le bord supérieur de l'arc mandibulaire, un sillon médian et deux sillons latéraux. Quand tout se passe normalement, ces deux derniers disparaissent ensuite peu à peu, mais que, par croissance excessive et soudure des bords, ces sillons deviennent des canaux, voici nos deux fistules labiales formées.

Du reste, on peut voir chez certaines personnes, surtout chez les enfants, sur la partie médiane de la lèvre un léger creux. De plus quand on ouvre la bouche en tirant en bas la lèvre inférieure, le muscle orbiculaire étant légèrement contracté, il se forme, outre le creux médian, deux creux latéraux moins profonds. Ces creux ne sont autre chose que les souvenirs des sillons embryonnaires.

Nous avons pu, mettant à profit les consultations de nourrissons, contrôler cette affirmation. Chez certains enfants, en tirant un peu la lèvre inférieure en bas, on retrouve les trois sillons.

La constitution histolog'que de la fistule labiale vient donner un certain poids à cette hypothèse, de prime abord simplement curieuse et séduisante. Stieda écrit : « La peau extérieure, la partie intermédiaire et la muqueuse se séparent sur la lèvre inférieure par différenciation, dans le courant du développement. Les sillons embryonaux traversent évidemment toute l'épaisseur de l'arc mandibulaire dans le sens sagittal. Pendant la différenciation des diverses parties de la lèvre, il doit y avoir aussi une différenciation des diverses parties de la fistule. On comprendra donc facilement que la partie antérieure du canal de fistule présente les propriétés de la « Pars glabra », tandis que la partie postérieure possède les caractères de la « Pars mucosa ».

Le docteur G.-C. Huber, professeur d'histologie à l'Université de Michigan, donne à propos de l'observation de Nancrède, une théorie très voisine de celle de Stieda : « Outre l'entaille médiane bien connue qu'on voit persister quelque temps pendant la vie intra-utérine, il n'est pas rare de trouver une légère entaille de chaque côté ». L'auteur croit « que l'entaille devenant plus profonde, sa partie postérieure s'enfonce peu à peu jusqu'à ce qu'un court canal tubulaire, revêtu de muqueuse, soit formé ».

Le malade de Goldflam était porteur de quatre fistules : deux avaient la situation et les caractères habituels ; une autre, plus petite se trouvait dans la moitié gauche de la lèvre à égale distance de la première fistule et de la commissure ; la quatrième occupait cette commissure.

Or Dursy a décrit justement sur l'arc mandibulaire non pas un sillon médian et deux sillons latéraux mais quatre collines, donc cinq sillons. Il n'y a donc rien qui empêche la supposition de plus de deux fistules. Et cette observation de Goldflam qui devient une nouvelle objection à la théorie de Trélat-Richet et à celle de Rose, Fritzsche, Madelung, Lannelongue, n'en est pas une, au contraire, à la théorie de Stieda.

Mais pourquoi n'a-t-on pas vu le sillon médian qui est cependant le plus profond, donner une fistule ? Dans les rares cas de fistule unique qui furent observés (Fritzsche, Smith), la fistule n'était pas médiane. A cette objection, on ne peut répondre qu'en faisant remarquer que les observations de fistules labiales publiées sont très peu nombreuses ; des cas de fistule médiane unique ont peut-être existé ou seront observés dans l'avenir. Du reste on connaît des cas de bec-de-lièvre inférieur (observation de Pariset 1862);

Ammon, Nicati, Meckel, Bouisson, Couronne et d'autres, ont décrit des fentes médianes peu profondes sur le milieu de la lèvre inférieure.

En résumé, si la théorie du docteur Stieda n'est pas encore rigoureusement démontrée, scientifiquement établie, de toutes les hypothèses émises pour expliquer la pathogénie des fistules congénitales de la lèvre inférieure, c'est elle qui, dans l'état actuel de la question nous paraît s'accorder le mieux avec l'histoire du développement de la lèvre et avec la constitution histologique de la lésion.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Dans certains cas, comme celui de Béraud, qui ne fut pas opéré, celui de Lane où « la difformité n'amenait aucun trouble et n'était nullement gênante », on pourra discuter la nécessité d'une intervention. Mais, en général, la fistule est visible, il s'écoule un liquide visqueux sur la surface de la lèvre, souvent déformée. Aussi la malade qui fut opérée par Richet, déclarait-elle qu'elle tenait autant à être débarrassée de sa difformité de la lèvre inférieure que de son bec-de-lièvre supérieur.

L'excision chirurgicale sera donc, le plus souvent, indiquée d'autant que les simples cautérisations ne seraient ici d'aucune efficacité.

Les interventions qui ont été pratiquées sont des plus simples. On pourra simplement, à l'exemple de Blandin qui opéra la malade de Demarquay et à l'exemple de Richet, faire une incision en V, comprenant les trajets fistuleux et suturer. Cette opération a le grand inconvénient de causer une assez grande perte de substance et celui de donner une cicatrice visible.

Trélat pense que pour donner à la lèvre une bonne forme et pour assurer la disparition des culs de-sac, il serait préférable de combiner l'excision avec une petite autoplastie.

Lannelongue, pour traiter le cas un peu spécial qu'il observa, put disséquer la paroi muqueuse de la cavité anormale et réunir par une suture.

Dans sa thèse, le Docteur Touchard recommande le procédé suivant : introduire un stylet dans chacun des trajets ; circonscrire un petit lambeau de muqueuse buccale de chaque côté des stylets et inciser profondément en contournant les trajets fistuleux. Les deux lèvres de la muqueuse sont ensuite rapprochées très aisément.

La malade dont nous avons relaté l'observation fut opérée par M. le professeur Frœlich. Une incision triangulaire circonscrivit chacune des deux fistules qui furent ainsi traitées séparément. La peau et la muqueuse furent toutes deux respectées. En incisant dans la profondeur, les trajets furent totalement enlevés ainsi qu'une portion de tissu venant du dédoublement de la lèvre. On sutura par deux fils de soie de chaque côté. Le résultat fut aussi satisfaisant que possible.

CONCLUSIONS

1° Il existe parfois chez certains enfants, une fistule congénitale double de la lèvre inférieure.

En général, les deux pertuis sont situés symétriquement à quelques millimètres de la ligne médiane, sur le bord libre de la lèvre, généralement élargie et éversée. Ils s'ouvrent au sommet d'un petit mamelon occupant le centre d'une dépression. Les trajets fistuleux, longs d'environ 1 centimètre sont légèrement convergents et se terminent en cul-de-sac sous la muqueuse. Ce sont des fistules borgnes externes ne communiquant jamais entre elles.

2° Deux conditions sont importantes à relever dans l'étude étiologique de cette affection : l'influence de l'hérédité et la fréquente association d'autres malformations, en particulier du bec-de-lièvre compliqué et du pied bot.

3° De toutes les théories émises pour expliquer la pathogénie de cette lésion congénitale, celle qui paraît s'accorder le mieux avec sa constitution histologique et avec les données embryologiques modernes, est celle défendue par le Docteur Stieda.

Les fistules dériveraient des sillons embryonaux existant

sur la partie supérieure de l'arc mandibulaire par croissance et soudure des bords.

4° Pour le traitement, les cautérisations ne sont d'aucune efficacité. L'excision chirurgicale est nécessaire.

On ne peut indiquer, en raison du polymorphisme des fistules congénitales, une méthode devant s'appliquer à tous les cas.

Suivant l'âge du malade, la profondeur des canaux, le degré de déformation labiale, on choisira celui des procédés appelé à donner avec la plus petite perte de substance possible, un résultat esthétique satisfaisant.

En tout cas, il est indispensable, pour éviter une récidive, d'enlever la totalité des trajets et, en général, il semble qu'on ait intérêt à traiter séparément chacune des deux fistules et à les exciser en dédoublant largement la lèvre inférieure comme l'a fait M. le professeur Frœlich dans notre cas personnel.

Vu :
Nancy, le 9 avril 1913.
Le Président de la thèse :
WEISS.

Vu :
Nancy, le 9 avril 1913.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 10 avril 1913.
Le Recteur de l'Académie,
CH. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1° Ouvrages généraux (Anatomie, Chirurgie, Embryologie).

Ammon. — *Die angeborenen chirurgischen Krankheiten des Menschen*, Berlin, 1842.

A. Apert. — *Traité des maladies familiales et des maladies congénitales*.

Bouchard et Roger. — *Nouveau traité de Pathologie générale*, 1912. T. I. *Pathologie générale de l'embryon et tératogénie*. M. Duval et P. Mulon.

Le Dentu et Delbet. — *Nouveau traité de Chirurgie*, 1911. T. XV. Affections chirurgicales de la face, p. 40.

Duplay et Reclus. — *Traité de Chirurgie*.

Mathias Duval. — *Atlas d'Embryologie*, Paris 1889.

Dursy. — Zur Entwicklungsgeschichte des Kopfes des Menschen und der hoheren Wirbelthiere. Tübingen, 1869.

O. Hertwig. — *Précis d'Embryologie de l'homme et des vertébrés*, traduit sur la 2me édition allemande par L. Mercier.

W. His. — 1° *Unsere Korperform und das physiologische Problem ihrer Entstehung*, Leipzig, 1874 ; 2° *Anatomie menslicher Embryonen*, 1880-1885 ; 3° *Atlas zur Anatomie menslicher Embryonen*, Leipzig, 1880-1885

Israel. — *Ein Fall von Verdoppelung der linken. Unter Kieferhalfte*. Diss. Berlin, 1887.

Kirmisson. — *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*.

Kirmisson. — *Précis de chirurgie infantile.*

Lannelongue et Ménard. - *Affections congénitales*, t I, p. 257

Menstatter. — *Ueber den Lippensaum bei Menschen.* Dis. inaugural. Munich, 1894.

Piéchaud et Denucé — *Précis de chirurgie infantile.*

Poirier, Nicolas, Charpy. — *Traité d'anatomie humaine.*

E. Quénu. — Des arcs branchiaux chez l'homme, *Thèse d'agrégation*, Paris, 1886.

Tourneux. — *Précis d'embryologie humaine*, p. 205-231.

Trendelenburg. — Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Gesichtes. I Halfte, *Deutsche Chirurgie*, Lieferung 33. I ,1886.

2° Articles de Journaux et de Revues, Thèses, Ouvrages spéciaux.

1845. — Demarquay. — « Quelques observations sur le bec-de-lièvre. » *Gazette médicale de Paris*, janvier 1845, n° 4, p. 52 ; *Gazette médicale de Paris*, 1868, p. 225 ; (Compte rendu dans le *Journal des maladies des enfants*, de Behrend et Hildebrandt, t. 52, 1869, p. 291 ; *Dictionnaire de Jaccoud*, t. 4, p. 622.

1860. — Jardine Murray. — « Bec-de-lièvre par hérédité et pertuis de la lèvre inférieure. » *British and foreign medico chirurgical Review*, t. XXVI, 1860, p 502 ; Compte rendu détaillé dans *Rapports annuels de Gurlt ; Archiv. Langenbeck*, t. II.

1861. — Richet. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1861, t. II, p. 230 ; *Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 174.

1861. — Béraud. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1861, t. II ; *Gazette des Hôpitaux*, 1861.

1861. — Dépaul. — *Bull. de la Soc. de chirurg. Paris*, 5 juin, 1861, t. II. p. 349 ; *Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 291.

1861. — Le Fort. — *Bull. Soc. chirur. Paris*, 1861, p. 280.

1868. — Rose. — « *Ueber die angeborene Lippenfistel ùnd ùnterlippenrüssel Monatschrift für Gebùrtskùnde ùnd Fraùenkrankheiten* », Bd XXXII, 1868 ; *Verhandlùngen des Gesellschaft für Gebùrtshülfe*, Berlin, 1868, Heft II, S. 99.

1869. — V. Trélat. — « Sur un vice de conformation de la lèvre inférieure », *Journal de médecine et de chirurg. pratiques*, 1869, t. XL, p. 442.

1878. — Fritzsche. — Leitræge zùr Statistik ùnd Lehandlùng der angeborenen Missbildingen des Gesichtes. *Dissert. Zurich*, 1878, p. 59.

1879. — Lannelongue. — *Bulletin de la Société de chirurgie Paris*, juillet 1879, t. V, p. 617.

1887. — Clutton. — « Anomalie congénitale de la lèvre inférieure associée à une division du voile du palais. » *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1887, t. XXXVIII, p. 446.

1888. — Madelung. — « Zwei Seltene Missbildingen Verletzungen Erkrankungen des Gesichtes. » *Archiv. für Klin. Chirurg. Berlin*, 1888, t. XXXVII, p. 271 ; *Handbuch der pract. Chirurg.*, Band. 1, Theil 1, Abschnitt 4, S. 447.

1890. — Lane (W.-A.). — « Sur un cas de fistule double symétrique de la lèvre inférieure sécrétant du mucus. » *Trans. clinic. Society of London*, 1890.

1892. — Paget. — « Malformations de la lèvre inférieure. » *The Lancet*, London, 1892.

1894. — Neustatter. — « Ueber den Lippensaum bei Menschen. » *Dis. inaugural*, Münich, 1894.

1896. — Miller (L. H.). — « Congenital double fistula of the lower lip simulating a supernumerary nose. » *Medical Record. New-York*, vol. 49, Ms 3, p. 87.

1901. — Gorlav. — *Bulletins et Mémoires Soc. Chirurgie Bucarest*, nov. 1901, p. 140.

1905. — Touchard. — « Des fistules congénitales de la lèvre inférieure. » Bordeaux, *Thèse médicale*, 1904-1905.

1905. — Woolcombe. — « Mandibular processus associated with double hare lip and cleft palate. » *The Lancet*, 1905, Febr. II.

1906. — Stieda. — « Die angeborenen Fisteln der Unterlippe und ihre Entstehung. » *Arch. für Klin. Chirurg. Berlin*, 1906, t. XXIX, p. 293-322.

1907. — Goldflam. — « Ein Fall von angeborenen Fisteln der Unterlippe. » *Münchner med. Wochenschrift*, 1907, n° 2.

1912. — Nancrède. — « Bilateral congenital fistulœ of the lower lip. » *Annals of Surgery*, Sept. 1912, p. 400.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INDICATION, HISTORIQUE ET DIVISION DU SUJET	7
CHAPITRE PREMIER. — Observations	9
CHAPITRE II. — Etude anatomo-clinique	31
CHAPITRE III. — Embryologie. — Pathogénie	39
CHAPITRE IV. — Traitement	51
CONCLUSIONS	53
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	55

Nancy, imp. A. CRÉPIN-LEBLOND, 21, rue St-Dizier.

IMPROBVS
LABOR
OMNIA
VINCIT